THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 20 *mai* 1847,

Par JEAN-PIERRE CHANET,

né à Battenans (Doubs).

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES TUMEURS DE L'AINE.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 29 *bis*.

1847

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. ORFILA, DOYEN.	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS.
Physiologie	BÉRARD, Examinateur.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	DUMAS.
Hygiène	ROYER-COLLARD.
Pathologie chirurgicale	MARJOLIN. GERDY aîné.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. PIORRY.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	BLANDIN, Président.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	FOUQUIER. CHOMEL. BOUILLAUD. ROSTAN.
Clinique chirurgicale	ROUX. J. CLOQUET. VELPEAU. ....
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Agrégés en exercice.

MM. BARTH.
BEAU.
BÉCLARD.
BEHIER.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
L. FLEURY.
J.-V. GERDY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.

MM. GRISOLLE.
MAISSIAT.
MARCHAL.
MARTINS, Examinateur.
MIALHE.
MONNERET.
NÉLATON.
NONAT, Examinateur.
SESTIER.
A. TARDIEU.
VOILLEMIER.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A LA MÉMOIRE

DE MON PÈRE.

Regrets éternels !

A MA BONNE MÈRE,

A MES FRÈRES ET A MA SŒUR.

Témoignage d'amitié et de reconnaissance profonde.

J.-P. CHANET.

DIAGNOSTIC DIFFÉRENTIEL

DES

TUMEURS DE L'AINE.

Région de l'aine. — Par région inguinale, j'entends l'espace borné en haut par le ligament de Fallope, et en bas par une ligne demi-circulaire étendue de l'épine iliaque antéro-supérieure au pubis et passant à la hauteur du petit trochanter. Cette limite inférieure est celle qu'a donnée M. Bérard, à l'article AINE du Dict. en 30 volumes. Elle est très-propre à circonscrire par en bas l'endroit où se montrent les tumeurs que l'on appelle inguinales.

En effet, voici ce que dit M. Blandin : Les tumeurs de l'aine peuvent avoir trois siéges différents : 1° la peau ou les ganglions superficiels, 2° le canal crural, 3° la gaîne du psoas (*Anatomie des régions*, AINE).

Cette division de M. Blandin m'autorise à ne pas décrire ici la hernie inguinale, pas plus que les autres tumeurs qui occupent le canal de ce nom. Du reste, ces tumeurs ne tardent pas à descendre dans les bourses, et sont dès lors étudiées à l'occasion du scrotum. Quelques détails anatomiques sont indispensables pour l'intelligence de ce que nous dirons plus loin.

En allant des parties superficielles vers les parties profondes, on trouve la peau très-peu adhérente aux tissus subjacents, pourvue d'un grand nombre de follicules sébacés. Au-dessous d'elle, une couche plus ou moins épaisse de tissu adipeux se continuant avec celui de la cuisse et de l'abdomen, et dont les dernières couches se condensent pour former le fascia superficialis, lequel envoie des prolongements,

des gaînes aux veines tégumenteuses de la cuisse et de l'abdomen et notamment à la saphène.

C'est dans cette couche superficielle que rampent les nerfs, les vaisseaux sanguins et lymphatiques. Ici aussi et en dessous du fascia superficialis, se rencontrent les ganglions superficiels de l'aine, dont le nombre varie de quatre à douze. Ils reçoivent les lymphatiques du membre inférieur, de la moitié inférieure des parois abdominales, des fesses, des hanches et de l'anus; ceux enfin des parties génitales externes, mais seulement ceux des enveloppes du testicule et de la verge, les lymphatiques de ces deux organes eux-mêmes allant se rendre aux ganglions pelviens.

Toutes ces parties enlevées, nous tombons sur l'arcade crurale et l'aponévrose fascia lata, qui s'y insère par son bord supérieur. L'arcade fémorale, ou ligament de Fallope, de Poupart, est une forte bande apnoévrotique qui termine par en bas le muscle grand oblique, et s'étend de l'épine iliaque antéro-supérieure à l'épine du pubis. Entre elle et le bord antérieur de l'os coxal, il existe sur le squelette une vaste échancrure triangulaire où l'on trouve sur le cadavre, en allant de dehors en dedans, le muscle psoas iliaque, entouré de la gaîne que lui forme le fascia iliaca et qui l'accompagne jusqu'au petit trochanter, où ce muscle s'insère. Le nerf crural est à son bord externe, et dans la même gaîne que lui, il n'en sort que plus bas que l'arcade. Le fascia iliaca, au moment où il passe sous cette arcade, s'y unit, s'y insère, et envoie en arrière un prolongement qui se fixe à l'éminence iléo-pectinée. De plus, à la partie antérieure du muscle, et en dedans de l'abdomen, ce même fascia se continue avec la portion réfléchie du ligament de Fallope, de sorte que toute issue est interceptée aux viscères abdominaux de ce côté.

Maintenant, si nous nous reportons tout à fait en dedans de cette échancrure, nous rencontrons le ligament de Gimbernat. Ce ligament est formé par l'expansion de la portion directe du ligament de Fallope, laquelle expansion va s'insérer à la crête pectinéale, à partir de l'épine du pubis, jusqu'à près d'un pouce en dehors. Il est trian-

gulaire, son plan est dirigé un peu de haut en bas et d'avant en arrière; ses bords sont l'antérieur, qui se confond avec l'arcade crurale; le postérieur, qui s'insère à la crête pectinéale, et l'externe, qui est libre, concave, et comme tranchant. Ce ligament ferme encore une issue aux viscères; cependant, il n'est pas sans exemple qu'il ait été traversé par eux (Cloquet, Laugier).

Mais, entre le bord concave du ligament de Gimbernat, d'une part, et le bord interne du psoas de l'autre, il existe un espace triangulaire qui constitue l'ouverture supérieure d'un canal de même forme et que l'on nomme canal crural. Cette ouverture a trois bords et trois angles. Le bord antérieur répond à l'arcade fémorale, le postérieur est formé par le corps du pubis, et l'externe par le psoas.

Des trois angles, les deux plus remarquables sont le postérieur et externe, où se trouvent les vaisseaux fémoraux, l'artère en dehors et la veine en dedans; l'interne, qui correspond au bord concave du ligament de Gimbernat.

Il ne reste donc plus de cette vaste échancrure citée plus haut que l'intervalle compris entre la veine et le bord concave de ce ligament. C'est par là que se fait la hernie crurale. Il n'y a là qu'une simple toile, le fascia propria de Cowper, ou le septum crural de M. Cloquet.

Le canal crural, qui fait suite à l'ouverture dont nous avons parlé plus haut, se termine en bas à l'embouchure de la saphène dans la veine fémorale, du moins quant à sa portion interne; car sa portion externe se continue avec la gaîne des vaisseaux fémoraux (Blandin). Il a 1 pouce et demi de largeur en dehors, et de 6 à 15 lignes en dedans. Il est triangulaire comme son orifice supérieur, et d'autant plus large qu'on le considère plus près de son orifice abdominal.

Sa paroi antérieure est formée par le feuillet superficiel du fascia lata; ce feuillet, dans un espace triangulaire à base supérieure et interne, se trouve percé de trous en nombre variable plus nombreux chez la femme que chez l'homme, où il est plus fort, plus épais. Deux de ces ouvertures sont plus constantes et plus grandes que les autres; l'une est en dedans et en haut à 2 ou 3 lignes du liga-

ment de Gimbernat : c'est par elle que sort ordinairement la hernie; l'autre en bas, c'est celle qui livre passage à la saphène.

Cette paroi est plus mince en dedans qu'en dehors; elle s'insère en haut au ligament de Fallope ; en dehors, elle se continue avec le fascia lata qui glisse sur le psoas; en dedans, elle se réunit à angle très-aigu au feuillet du pectinée.

La paroi externe est constituée par le feuillet profond du fascia lata dans le point où il concourt à former la gaîne du psoas.

La paroi externe est formée par le feuillet profond de ce même fascia qui passe au devant du pectiné et s'insère à la crête pectinéale.

La partie la plus considérable de ce canal est remplie par les vaisseaux fémoraux ; on y trouve plus en dedans les ganglions profonds au nombre de un à trois ; un d'eux s'engage quelquefois dans un des trous dont est percé le septum crural, où il se trouve comme étranglé; enfin les troncs qui font communiquer les lymphatiques de la cuisse avec les ganglions iliaques externes.

Au-dessous du psoas nous rencontrons une synoviale qui communique quelquefois avec celle de l'articulation coxo-fémorale, à travers la capsule fibreuse ; puis plus en dedans le pectiné, le premier adducteur, et enfin au-dessous de tout cela le bord antérieur de l'os coxal.

Ces notions anatomiques une fois exposées, passons à l'étude des tumeurs de l'aine qu'il est important de bien connaître à cause des erreurs de diagnostic qui pourraient être dans certains cas si funestes aux malades.

J'avais d'abord cherché à les diviser par groupes ayant des signes communs, mais je n'ai pas tardé à m'apercevoir que chacune d'elles peut passer par différentes phases dans chacune desquelles elle revêt des caractères tout différents; de telle sorte qu'à son début, par exemple, une hernie qui est réductible pourra ressembler à l'abcès par congestion, et plus tard, en contractant des adhérences, en s'étranglant, elle simulera un ganglion engorgé, enflammé. De plus, la hernie ne prend-elle pas une forme variable d'après l'espèce de viscère qu'elle renferme? Dès lors je me suis décidé à les étudier sépa-

rément et dans toutes leurs formes, à voir, à la fin de chacune d'elles, avec quelles autres elle peut être confondue, et donner les signes différenciels s'il y en a; mais ce sera seulement avec celle ou celles qui auront été étudiées auparavant que j'établirai la comparaison et les différences.

Je ne me bornerai pas à exposer les caractères locaux, physiques, de la tumeur; mais je parlerai de tout ce qui peut éclairer le diagnostic: des causes, de la marche des troubles fonctionnels, qui sont, comme nous le verrons plus tard, d'une valeur immense.

HERNIE CRURALE RÉDUCTIBLE.

La hernie crurale est beaucoup plus fréquente chez la femme que chez l'homme; elle n'est jamais bien volumineuse, puisque Cowper assure que les plus grosses qu'il ait rencontrées étaient du volume du poing. Cette hernie disparaît souvent pendant la grossesse et l'ascite : elle se forme, comme l'inguinale, sous l'influence d'efforts, de pressions brusques sur le ventre; cependant souvent elle se forme lentement et sans cause connue.

Comme l'inguinale aussi, elle est plus fréquente à droite qu'à gauche.

Symptômes. — Elle consiste dans une tumeur plus ou moins volumineuse, de consistance variable, sans changement de couleur à la peau, immobile vers sa base, qui s'engage sous l'arcade crurale; les vaisseaux fémoraux sont en dehors d'elle. Au début, tant qu'elle est renfermée dans le canal crural, elle est diffuse, non circonscrite, plus large en haut qu'en bas; on ne peut alors sentir son collet ni l'ouverture qui lui a livré passage; mais quand elle a franchi l'ouverture du fascia crebriformis, elle s'arrondit et prend la forme d'un goulot étroit (Malgaigne); l'endroit rétréci correspond à l'ouverture du crebriformis, et au-dessous, on sent la tumeur qui remplit le canal crural.

Ensuite, son fond peut s'allonger en dehors, remonter au devant des vaisseaux fémoraux et au-dessus du ligament de Fallope, à cause de la laxité du tissu cellulaire en cet endroit et des mouvements de la cuisse qui la repoussent dans cette direction.

Cette hernie peut sortir du canal crural par plusieurs ouvertures à la fois; alors sa portion superficielle sera inégale, bosselée; chez l'homme, où les bandes qui séparent ces ouvertures l'une de l'autre sont plus fortes, cette forme bosselée pourra persister plus longtemps que chez la femme. Elles finiront néanmoins par céder, et la tumeur deviendra ronde, uniforme.

Celle-ci augmente de volume et devient tendue quand le malade tousse, ou qu'il reste longtemps debout. Si au contraire il se couche, s'il se met le siége dans une position plus élevée que la tête, elle diminue et peut même rentrer complétement; la toux, l'éternument, tendent à la faire ressortir, et la main appliquée sur la place qu'elle occupait sent un choc, une impulsion qui la repousse. Quand même le malade est debout, une pression méthodique la fait disparaître, la réduit; cet effet est plus facilement obtenu si le malade est couché; dans cette position, elle ne ressort pas tant que celui-ci ne fait point d'efforts, qu'il ne tousse point.

La présence des viscères dans le canal crural entraînera à sa suite divers accidents dans le membre inférieur. Il pourra y avoir des engourdissements, des fourmillements, de la pesanteur, voire même de l'œdème. Les mouvements de la cuisse seront aussi plus difficiles. Très-souvent encore elle produit l'engorgement des ganglions lymphatiques.

Voilà les caractères de la hernie crurale en général sans distinction du viscère qui la forme; voyons un peu ceux de l'entérocèle et de l'épiplocèle; car je ne veux pas établir ici les différences légères qu'il y a entre les hernies des diverses portions du canal digestif.

Entérocèle. — Ici la tumeur est rénitente, élastique, uniforme; la toux, l'éternument, en un mot tout ce qui diminue la capacité de l'abdomen, la grossit, la tend comme par insufflation, et la main peut

percevoir alors une impulsion très-forte. Elle augmente de volume pendant la digestion.

On la réduit facilement, et elle rentre en bloc en faisant entendre un bruit de gargouillement particulier.

Elle est parfois dure et pâteuse : c'est lorsqu'elle contient des matières fécales; mais cet état est passager; elle se laisse alors déprimer par le doigt et en conserve l'impression.

Par la percussion, on obtient souvent un son clair; car il y a souvent des gaz, ce qu'indiquent les gargouillements que le malade y éprouve au moment de la digestion, surtout quand il a fait usage d'aliments farineux. Il y ressent aussi souvent des coliques qui s'irradient dans tout le ventre; il a fréquemment de la constipation, des nausées; phénomènes qui cessent quand il fait rentrer la hernie.

Epiplocèle. — L'épiplocèle diffère de l'entérocèle en ce qu'elle est irrégulière, bosselée, molle, pâteuse, mais ne conservant pas l'impression du doigt; elle grossit peu par la toux; c'est principalement par la station et les variations atmosphériques; on ne la fait rentrer que petit à petit, et jamais on ne produit de bruit de gargouillement. La percussion donne toujours un son mat, et le malade ne se plaint que des tiraillements d'estomac survenant de suite après le repas; toutefois les troubles du côté du membre inférieur sont plus prononcés.

L'entéro-épiplocèle réunit les caractères des deux précédentes.

Jusqu'ici nous avons supposé la hernie réductible, récente, sans complication, exempte de tout accident; mais malheureusement elle n'est pas toujours aussi bénigne, et elle se présente quelquefois avec des symptômes graves; elle subit aussi des altérations qui lui donnent une tout autre physionomie.

L'étranglement est le plus grave accident de la hernie.

Lorsqu'il survient, la tumeur augmente parfois tout à coup de volume; car souvent il reconnaît pour cause un effort, une chute ou un coup porté sur la tumeur. Elle devient tendue, rouge, douloureuse à la pression et pendant les efforts de toux ou de vomissement auxquels

le malade se livre; il y a des coliques dans tout le ventre, qui se succèdent à des intervalles de plus en plus rapprochés; non-seulement on sent que la tumeur est plus tendue, mais le malade y éprouve, et principalement à l'endroit pincé, une sensation de tension douloureuse; il ne peut plus la faire rentrer, et souvent le chirurgien n'est pas plus heureux; toutes ces tentatives sont douloureuses; les coliques commencent par la tumeur et s'irradient dans tout le ventre, qui devient tendu, ballonné et parfois très-sensible à la pression. Elles sont réveillées par les efforts des vomissements, et souvent par la boisson que le malade ingère.

J'ai dit que la tumeur devient rouge, tendue; mais c'est très-rare de voir autour d'elle de l'empâtement, un bourrelet dur, comme dans l'abcès ganglionnaire, avec lequel elle a été confondue souvent, comme nous le dirons dans la suite.

En même temps surviennent des troubles du côté des organes digestifs, tels que nausées, vomissements d'abord bilieux, puis alimentaires, et enfin des matières ayant l'odeur de matières fécales, et au milieu desquelles on rencontre parfois des vers lombrics: un hoquet fréquent fatigue le malade; les selles sont supprimées, dès que l'extrémité inférieure de l'intestin a été vidée par les lavements; il y a une soif vive, et la boisson que le malade veut prendre pour l'étancher ramène les coliques et est rejetée presque aussitôt; cependant il n'en est pas toujours ainsi, et il est des malades qui se trouvent soulagés par une gorgée de tisane.

Il y a une fièvre d'autant plus forte que le malade est plus jeune, et au bout d'un temps plus ou moins long, la gangrène peut s'emparer de la tumeur. Cette terminaison est quelquefois très-prompte; huit à douze heures suffisent pour la hernie qui nous occupe. Alors la tumeur se ramollit et devient emphysémateuse; les coliques, les vomissements, les douleurs de la tumeur, peuvent se suspendre et le calme reparaître; mais bientôt la langue se sèche, les yeux se cavent, le pouls devient intermittent, misérable, une sueur froide couvre le corps du malade, qui peut succomber en quelques instants.

Ces symptômes de l'étranglement ne sont pas toujours aussi marqués : ainsi l'intestin peut se gangrener sans que la tumeur devienne rouge, sans qu'elle devienne douloureuse ; elle peut présenter même encore un certain degré de mobilité ; le malade peut encore avoir deux ou trois garderobes qui viennent du bout inférieur de l'intestin. La marche de cet accident n'est pas non plus toujours aussi rapide ; il peut persister pendant huit ou dix jours, ne se manifester que par quelques douleurs dans la tumeur, quelques vomissements qui surviennent de temps en temps, ce qui n'empêche pas que l'intestin se perfore. Cette marche lente et insidieuse se remarque surtout chez les vieillards.

Cet accident est à peu de chose près le même dans l'entérocèle et l'épiplocèle ; seulement, dans cette dernière, on comprend que les vomissements et la constipation doivent être moins opiniâtres.

Cet état de la hernie est quelquefois consécutif à un autre qui, néanmoins, est rare dans la hernie crurale ; je veux parler de l'engouement. La tumeur est ici molle, pâteuse, conservant l'impression du doigt, douloureuse seulement par instants ; puis de temps à autre il survient des coliques, des vomissements, de la constipation. L'engouement ne survient que dans l'entérocèle ; il est souvent produit par la présence, dans la tumeur, de matières fécales endurcies, de noyaux de fruits, etc., qui circulent difficilement dans l'intestin.

Transformation des parties herniées. — L'intestin se rétrécit quelquefois, et ses parois prennent une épaisseur considérable. Il va même jusqu'à s'oblitérer. Alors on comprend ce qui doit survenir dans la forme de la tumeur. Dans l'épiplocèle, l'épiploon s'aplatit, se transforme en feuillets fibreux, ou au contraire se charge d'une grande quantité de graisse. Des hydatides peuvent s'y développer, des tumeurs cancéreuses.

Le sac se remplit de sérosité, soit qu'elle se forme dans le sac lui-même, soit qu'elle vienne de l'extérieur de la cavité péritonéale, dans le cas où il y aurait une ascite.

Que le sac rempli de sérosité s'oblitère ou non, il peut, ne ren-

fermant cependant aucune partie de l'intestin, s'enflammer et produire tous les accidents de l'étranglement, comme on peut le voir dans une observation rapportée par M. Therrion (thèse de Paris, 1830).

La hernie peut contracter aussi des adhérences qui la retiennent tout entière au dehors, ou seulement une portion des organes qui y sont descendus.

Cystocèle. — La hernie de vessie s'observe surtout chez les individus qui ont eu cet organe souvent distendu outre mesure par l'urine; les vieillards, par exemple, chez qui elle est atteinte de paralysie, ou bien les femmes enceintes : la vessie est rapprochée de l'ouverture du canal crural dans les deux cas, et quand elle vient d'être vidée de l'urine qu'elle contient, ses parois, devenues flasques et flottantes, peuvent très-bien s'engager dans le canal crural, sous l'influence des mêmes causes qui produisent la hernie intestinale.

Quoi qu'il en soit, elle forme une tumeur indolente, sans changement de couleur à la peau, placée au côté interne des vaisseaux fémoraux. Molle et flasque quand le malade vient d'uriner et qu'elle ne contient pas de calculs; élastique et résistante, au contraire, quand le malade n'a pas uriné depuis longtemps; elle peut présenter de la fluctuation si elle ne contient que médiocrement de liquide.

La percussion donne toujours un son mat.

Si l'on vient à comprimer cette tumeur, on donne aussitôt envie d'uriner à l'individu qui la porte, quand même il viendrait de satisfaire ce besoin à l'instant même; elle se vide alors en s'affaissant; elle peut disparaître tout à fait s'il n'y a pas encore d'adhérences qui la retiennent au dehors; mais ces adhérences se forment très-promptement, et alors elle devient seulement flasque. Le décubitus dorsal, surtout quand le malade vient d'uriner, produit le même effet.

Tous ces signes me paraissent bien capables de la distinguer toujours de l'entérocèle, de l'épiplocèle et même de la tumeur formée par un sac rempli de sérosité, qui n'a de commun avec elle que la fluctuation et la diminution de volume par la compres-

sion; si on voulait cependant encore de plus amples renseignements, on pourrait remplir la vessie d'un liquide quelconque au moyen d'une sonde et d'une seringue, alors on verrait la tumeur augmenter au fur et à mesure qu'on injecterait ce liquide. L'introduction de la sonde nous ferait aussi reconnaître la déviation de la vessie.

Nous avons dit qu'il s'y forme rapidement des adhérences; cela tient à ce qu'il n'existe pas de sac herniaire, attendu que c'est la partie antérieure qui se présente, et qu'elle est dépourvue de péritoine; dès lors elle se trouve irrévocablement fixée au dehors, et si le malade n'a pas le soin de la vider à chaque instant, l'urine y séjournera, formera de petits calculs qui pourront s'engager dans le collet, y déterminer une vive inflammation, et produire ainsi l'étranglement, dont les symptômes sont un peu différents de ceux que l'on observe dans les autres hernies: ainsi le hoquet ici précède les vomissements. Il y a des douleurs qui se propagent dans les reins et dans le scrotum. Il peut y avoir de la constipation (Marjolin, L.-J. Petit).

Mais si l'inflammation se borne à oblitérer le collet; si même, lorsque ce collet est oblitéré, comme nous le disions tout à l'heure, l'urine séjourne dans la hernie, il se forme des calculs qui ont fait croire à une tumeur cancéreuse, à un engorgement ganglionnaire vénérien (Verdier).

Hernie du testicule. — On a vu le testicule engagé dans le canal crural et pris pour une hernie irréductible; Arnaud en cite un cas: on soumit cet organe à la compression d'un brayer. Il suffit de rappeler ce fait pour qu'on ne commette pas de nouveau une semblable méprise. En effet, il y a ici trois signes en quelque sorte pathognomoniques: 1° l'absence du testicule dans le scrotum; 2° présence à l'aine d'un corps de même forme que le testicule; 3° si l'on comprime cette tumeur, on produit une douleur innervante caractéristique, en tout semblable à celle que l'on cause au malade quand on lui presse le testicule qui est dans le scrotum.

Ovarioncie ou hernie de l'ovaire. — On trouve des exemples de ce déplacement et de cette descente de l'ovaire dans le canal crural, dans les œuvres de Lassus ; Murat en cite un cas remarquable (*Dict. des sciences médicales,* t. 39, p. 35). La tumeur qu'il forme est presque toujours douloureuse, de forme ovoïde, sans changement de couleur à la peau ; elle se gonfle et devient douloureuse à l'époque des règles. La malade y éprouve des tiraillements quand elle se couche sur le côté opposé. Le chirurgien produit le même effet quand, avec le doigt introduit dans le vagin, il ramène le col de l'utérus vers le côté où se trouve la hernie. Dans ces deux circonstances, le fond de l'utérus est éloigné de la tumeur, et on peut sentir, en déprimant un peu les parois abdominales, la corde tendue que forme le ligament large ; je n'ai pas besoin d'ajouter que l'utérus est toujours dévié, de telle sorte que son col est dirigé du côté opposé à celui qu'occupe la tumeur.

Il serait facile de prendre la hernie de l'ovaire pour une épiplocèle, si l'on ne consultait que la forme, la consistance de la tumeur ; mais dans l'épiplocèle, il y a des tiraillements d'estomac aussitôt après le repas, ce qui n'a pas lieu ici ; puis l'utérus n'est pas dévié, la tumeur n'augmente pas à l'époque menstruelle.

A propos de ces tiraillements, je dois dire qu'ils cessent dès que le malade fléchit le tronc fortement; j'avais omis cette remarque à l'article *Épiplocèle,* et je m'empresse de l'insérer ici.

L'ovaire hernié peut s'enflammer et simuler aussi l'étranglement ; il peut aussi se charger d'hydatides, devenir cancéreux comme l'épiploon.

Hernies graisseuses. — Le tissu cellulaire extra-péritonéal peut s'engager aussi dans le canal crural, et ressembler encore mieux à une épiplocèle. Il n'y aura point d'autre signe différentiel que les tiraillements d'estomac. Les symptômes de l'étranglement peuvent survenir aussi, et cela se comprend, car le péritoine auquel adhère cette hernie graisseuse, tiraillé, froissé, enflammé même par contiguïté, si elle

vient à s'enflammer, finira par développer les accidents ; du reste, le péritoine la suit fréquemment au dehors.

BUBON.

Je ne veux point ici établir le diagnostic différentiel entre les diverses espèces d'engorgements ganglionnaires; je rappellerai seulement les différentes causes du bubon, car la découverte de l'une d'elles peut quelquefois puissamment éclairer le chirurgien.

Causes. — Les ganglions lymphatiques de l'aine s'engorgent souvent chez les sujets scrofuleux; chez ceux atteints de cancer soit sur le trajet des vaisseaux qui viennent s'y rendre, soit sur toute autre partie, une écorchure au pied, des ulcères vénériens ou autres à l'anus, à la verge ou à la vulve, en un mot toute inflammation occupant une partie du corps d'où viennent les vaisseaux lymphatiques qui y aboutissent, donnent lieu à leur inflammation consécutive.

Le virus syphilitique peut donner lieu à un bubon d'emblée et à un bubon secondaire: le premier apparaît après un coït impur, sans qu'il y ait de chancres aux parties génitales, il constitue le premier et le seul symptôme de la maladie vénérienne, du moins pendant quelque temps ; le second est un des symptômes appelés *secondaires*, et se manifeste plus ou moins de temps après la disparition des premiers accidents.

On voit survenir encore des bubons à la suite de longues fatigues, d'efforts considérables de la cuisse, d'un coup à l'aine.

Enfin, dans l'érysipèle occupant le membre inférieur, nous trouvons encore de véritables bubons dont l'apparition précède la rougeur de la peau (cutite).

Symptômes. — Le malade éprouve d'abord de la gêne, de la pesanteur à l'aine; il y sent bientôt une ou plusieurs tumeurs, d'abord

petites, mobiles et isolées, sans changement de couleur à la peau; elles grossissent séparément, puis, plus tard, elles se réunissent et ne forment plus qu'une seule et même tumeur, dure, souvent mobile, indolente, avec couleur normale de la peau à l'état chronique; elle peut aussi être immobile, dans le cas par exemple d'engorgement des ganglions profonds.

Si l'inflammation s'en empare, le tissu cellulaire voisin se prend et forme de l'empâtement, un bourrelet dur tout au tour; la peau rougit, toute la partie devient douloureuse, le malade y perçoit des battements, une chaleur insolite, il peut à peine remuer le membre à cause des souffrances que lui causent ces mouvements. Enfin la suppuration peut survenir; la tumeur alors se ramollit successivement du centre à la circonférence, et présente un nouveau phénomène, c'est celui de la fluctuation.

Diagnostic différentiel. — A l'état indolent, chronique, un bubon peut être pris pour une hernie irréductible, et réciproquement. Cependant je crois qu'il ne pourrait guère simuler une entérocèle, à moins de profonds changements dans le sac qui donnerait à celle-ci un aspect tout différent de celui qu'elle a habituellement, et il faudrait encore qu'il y eût avec le bubon des troubles fonctionnels concomitants du côté des organes digestifs.

Il ressemblera plutôt à une épiplocèle; en effet, la consistance de la tumeur peut être la même. Il peut être placé dans le canal crural; il peut être formé par le ganglion qui s'engage dans le septum crural, ce qui le rendra immobile, adhérent à l'arcade; la toux lui communiquera une impulsion, et même il aura une apparence de réductibilité; l'impulsion par la toux pourrait aussi lui être communiquée par une hernie réductible qui existerait derrière lui; de plus, le malade peut ne s'apercevoir de son existence qu'à la suite d'un effort (Sabatier).

Par contre, une épiplocèle et même une entérocèle peut paraître

assez mobile pour laisser croire qu'elle ne tient pas à l'anneau, comme le prouve le fait suivant.

Burdin jeune a vu aux consultations de la Société de médecine de Paris un homme qui portait dans l'aine une tumeur indolente, mobile, sans changement de couleur à la peau. Le chirurgien prit cette tumeur pour un bubon, quoique le malade assurât ne pas s'être exposé à la contagion; mais elle s'ouvrit d'elle-même, et donna issue à un ver lombric et à des fèces. Les exemples de ce genre, ceux d'erreur en sens contraire, ne sont pas rares ; cependant je pense qu'un bon nombre auraient été évitées si les chirurgiens s'étaient donné la peine de bien examiner leurs malades ; de les voir à plusieurs reprises. Ainsi, dans le cas que nous venons de citer, il est probable que le malade éprouvait, sinon souvent, du moins de temps en temps, des coliques, peut-être des vomissements, de la constipation; peut-être aussi qu'en palpant, en percutant la tumeur à plusieurs époques différentes, on aurait fini par y constater la présence de gaz.

Une glande enflammée, surtout si elle occupe le canal crural, peut être aussi confondue avec une hernie étranglée, et réciproquement.

Sans aucun doute, dans le bubon enflammé il peut survenir des vomissements, de la constipation ; il est vrai qu'il n'y aura jamais de matières stercorales rendues par la bouche, comme dans le cas d'entérocèle ; mais il n'y en aura pas non plus dans le cas d'épiplocèle, de cystocèle, d'ovarioncie ; la constipation ne sera pas non plus aussi opiniâtre.

Mais il faut dire aussi qu'une hernie étranglée, soit une petite entérocèle (Marjolin), soit une petite épiplocèle, peut s'enflammer, s'ouvrir même au dehors sans présenter les symptômes de l'étranglement, mais bien ceux d'une glande enflammée, y compris l'induration, la rougeur à la périphérie et la fluctuation au centre de la tumeur, qui peut aussi avoir encore une certaine mobilité.

Derrière un bubon enflammé peut se trouver une hernie étranglée. Cela n'est même pas très-rare, car la hernie crurale produit très-souvent l'engorgement des ganglions.

On ne serait pas dans un moindre embarras si, en même temps qu'un bubon, il survenait une péritonite, ou bien un volvulus, ou bien enfin si, comme dans un cas cité par Scarpa, il y avait un rétrécissement squirrheux de l'intestin; dans tous ces cas, la douleur aurait probablement son maximum d'intensité à l'endroit du mal; et elle ne partirait pas de la tumeur pour s'irradier dans tout le ventre.

Un autre cas d'erreur, c'est celui-ci: un homme se présente avec des ulcères vénériens sur la verge et une tumeur inflammatoire à l'aine; on croit que c'est un bubon, et c'est une hernie étranglée. Ce cas s'est offert, à l'hôpital des Vénériens, à Cullerier oncle.

ANÉVRYSME.

Parmi les anévrysmes traumatiques qui peuvent se montrer à la région inguinale, il n'y a guère que le variqueux et le diffus qui aient été observés. Ce n'est pas de ces deux espèces que je veux parler, ils ont des caractères qui ne permettent pas de les méconnaître, mais bien de l'anévrysme spontané que je diviserai en vrai et faux; l'artère crurale ou l'iliaque externe, atteintes d'anévrysme, peuvent former également une tumeur à l'aine, mais dans les deux cas elle est la même, si ce n'est pour le siége.

Anévrysme spontané. — Il est plus fréquent chez l'homme que chez la femme; Guthrie dit qu'il y a vingt à trente hommes pour une femme. Il n'y a pas ici de cause appréciable.

Cette affection se présente sous forme d'une tumeur située sur le trajet de l'artère fémorale, ordinairement ovoïde, ayant son grand diamètre dirigé de bas en haut, et placée plus ou moins près de l'arcade fémorale, sous laquelle elle peut même s'engager. Elle est ordinairement peu volumineuse, élastique, indolente, sans changement de couleur à la peau, et disparaît par la percussion. La prcussion donne un son mat, mais les symptômes les plus caractéristiques sont ceux-ci: si l'on y applique la main ou plutôt si on la saisit entre les doigts, on

sent des battements, des mouvements de dilatation, de tension dans tous les sens, suivis de resserrement, d'affaissement. Ces mouvement correspondent, les premiers à la systole, les seconds à la diastole ventriculaire. Ils deviennent plus sensibles et la tumeur elle-même devient plus grosse, plus tendue par la compression de l'artère au-dessous de celle-ci; au contraire, la compression au dessus fait tout disparaître; mais, aussitôt qu'elle cesse, la tumeur reprend à l'instant même son premier volume et offre aussitôt ses battements, quelle que soit du reste la position du malade, qu'il soit debout ou couché.

Enfin, les pulsations dans les artères du membre affecté sont moins fortes et plus lentes que dans le membre opposé; comme toute tumeur siégeant dans le canal crural, elle peut déterminer des tiraillements, des engourdissements, de l'œdème dans la jambe et la cuisse.

Sa marche est toujours lente, elle met souvent des années pour parvenir au volume d'un œuf.

Diagnostic différentiel. — Comme la hernie, l'anévysme spontané vrai est susceptible de disparaître par la compression de la tumeur; mais si le malade est couché, la hernie ne reparaît pas; l'anévrysme, au contraire, reprend aussitôt son premier volume, et possède, du reste, des battements caractéristiques; de plus, la tumeur anévrysmale augmente, devient plus tendue par la compression de l'artère au-dessous, ce qui ne s'observe dans aucune des maladies précédemment étudiées. Ce dernier symptôme vaut peut-être encore mieux que les battements qui peuvent, comme nous le verrons bientôt, être communiqués à toute tumeur placée sur le trajet d'une artère saine.

Anévrysme spontané faux. — Il succède souvent au précédent, cela est même beaucoup plus commun que de le voir paraître d'emblée. Dans les deux cas, il se manifeste souvent sous l'influence d'un effort; d'autres fois à la suite d'un mouvement de colère, dans le paroxysme

d'une maladie aiguë ; un effort de toux, une extension de la cuisse, une contusion, peuvent aussi lui donner naissance.

Symptômes. — Le malade ressent tout à coup une douleur vive à l'aine ; il y perçoit une sensation de craquement, un bruit semblable à celui d'une étoffe que l'on déchire, et les mouvements du membre deviennent tout à coup très-douloureux, et même impossibles. Puis, s'il y avait déjà une tumeur, elle augmente subitement ; s'il n'y en avait pas encore, il s'en développe une qui acquiert rapidement un volume considérable. Ce développement subit de la tumeur est dû à la rupture des deux tuniques interne et moyenne. Alors le sang s'accumule dans la poche que lui forme seule la tunique celluleuse, il s'y forme des caillots qui se condensent, se concrètent et donnent à la maladie des caractères différents de ceux de la précédente ; en effet, elle deviendra dure de la circonférence vers le centre ; la pression ne la fera disparaître que médiocrement, lentement ; il en sera de même de la compression de l'artère au-dessus, les mouvements d'expansion deviendront de moins en moins marqués ; la compression de l'artère au-dessous ne les augmentera que d'une manière très-peu prononcée ; en un mot, tous les symptômes de l'anévrysme disparaîtront insensiblement, y compris même le bruit de souffle que l'oreille y distingue. Et cela se comprend, si l'on réfléchit à ces circonstances : en effet, la poche pourra se remplir complétement de caillots sanguins, se convertir par la suite en matière cartilagineuse et même osseuse. L'orifice de la tumeur se trouve quelquefois à la partie postérieure de l'artère, ce qui pourra masquer les battements, les mouvements d'expansion. Il est vrai qu'ils pourront reparaître de temps à autre, ainsi que le bruit de souffle, surtout si l'on comprime l'artère au-dessous. Cette compression exercée quelques heures, quelques jours même pourra les rendre sensible et augmenter le volume de la tumeur : d'où le précepte de l'examiner à plusieurs jours d'intervalle. Cependant, si le cas était urgent et que l'on ait à se prononcer de suite, on pourrait

avoir recours aux ponctions exploratrices, qui ont été plusieurs fois pratiquées sans inconvénients.

La présence de cette tumeur cause des douleurs vives qui se propagent tout le long du nerf crural, ou bien un engourdissement du membre. L'œdème est toujours très-considérable, au point quelquefois de masquer l'anévrysme ; il y a toujours aussi une dilatation variqueuse des veines.

Marche. — La poche peut se rompre et donner issue à une certaine quantité de sang qui ira former dans le tissu cellulaire des dépôts fluctuants qui ressemblent à des abcès froids.

L'inflammation s'empare du sac et donne naissance à un abcès qui s'ouvre en dehors, et donne issue à du pus mêlé de caillots fibrineux. D'autres fois, il ne reste qu'une tumeur dure, ne présentant plus de pulsations, qui s'affaisse peu à peu et rend les mouvements plus libres, l'œdème moins considérable, etc.

La poche anévrysmale peut avoir cédé dans certains points plus que dans certains autres, ce qui donne à la tumeur anévrysmale une apparence bosselée, irrégulière.

Diagnostic différentiel. — Mayer fit une incision, comme pour l'opération de la hernie, sur un anévrysme qu'il prenait pour une hernie irréductible. A défaut de bruit de souffle, de mouvements d'expansion, de toute augmentation ou diminution de la tumeur par la compression de l'artère au-dessous ou au-dessus, on aurait encore pour s'éclairer, l'absence de tout trouble dans les fonctions digestives, ainsi que les antécédents.

Ainsi, l'anévrysme faux succède souvent, comme nous l'avons dit, à l'anévrysme vrai, dont les caractères sont bien différents de ceux d'une hernie réductible, qui précède souvent aussi la hernie irréductible.

Si l'inflammation venait à s'emparer de l'anévrysme et qu'en même temps il existe des vomissements sympathiques ou dus à une pé-

ritonite, un volvulus, l'erreur pourrait encore être commise plus facilement.

Mais c'est avec les tumeurs ganglionnaires qu'on peut confondre et qu'on a confondu le plus souvent l'anévrysme faux. En effet, ces tumeurs, reposant sur l'artère, peuvent présenter des battements; mais si on peut les isoler de l'artère, ceux-ci disparaîtront, et elles n'augmenteront pas, non plus que leurs pulsations, par la compression de l'artère au-dessous.

Mais nous venons de voir que l'anévrysme peut être dans le même cas.

Dans le bubon, il n'y aura que de simples mouvements de projection et non pas des mouvements de tension en tous les sens, suivis d'affaissement de la tumeur. Cependant ces mouvements expansifs pourraient être simulés dans le cas où l'engorgement ganglionnaire entoureraient l'artère : ceci s'applique à toute tumeur solide ou liquide qui reposerait sur l'artère saine et qui l'entourerait, comme nous le verrons dans l'abcès par congestion. Dans tous les cas, le diagnostic est très-difficile, sinon impossible, si l'on ne considère que les circonstances actuelles, et si l'on ne fait attention à celles qui ont précédé. Recherchons donc toujours avec soin les causes de la maladie, la manière dont elle s'est développée, sa marche, les accidents auxquels elle peut avoir donné lieu; ce n'est qu'en procédant ainsi qu'on peut arriver à quelque chose de précis. Ceci s'applique à tous les cas de diagnostic difficiles.

L'anévrysme, dans certains cas, peut ne pas être autrement distingué d'un abcès ganglionnaire ou autre ; je rappellerai seulement ici ce que dit Boyer à ce sujet : les anévrysmes vont en se durcissant de la circonférence au centre, et les abcès se ramollissent du centre à la circonférence.

Guattani, qui fut témoin de l'ouverture d'un anévrysme pris pour un abcès, avait soupçonné que c'était autre chose qu'un abcès, parce qu'il n'y avait pas eu d'amendement après l'apparence de la fluctuation.

Enfin, les douleurs que cause l'anévrysme vont en diminuant ; c'est encore le contraire dans l'abcès, du moins jusqu'à l'époque de la suppuration.

ABCÈS PAR CONGESTION.

Les abcès par congestion qui peuvent former une tumeur à l'aine viennent de plusieurs sources : 1° le pus provenant d'une carie tuberculeuse ou autre de la colonne vertébrale peut fuser dans la gaîne du psoas et y descendre jusqu'au petit trochanter : cela arrive surtout quand la carie occupe les vertèbres en rapport avec l'insertion de ce muscle ; 2° celui provenant d'une carie de l'os coxal dans la fosse iliaque, d'un phlegmon du tissu cellulaire entourant le psoas, d'une tumeur blanche de l'articulation coxo-fémorale, suivra la même direction : dans ce dernier cas, il arrive dans la gaîne du muscle psoas ou bien par l'intérieur du bassin après la destruction du fond de la cavité cotyloïde, ou bien par l'extérieur, en passant par l'ouverture de communication que nous avons dit exister quelquefois entre la synoviale de ce muscle et celle de l'articulation.

Le pus peut encore venir du poumon, du médiastin, des reins et du tissu cellulaire extra-péritonéal ; mais alors il descend au devant du fascia iliaca, et pénètre dans le canal crural en entourant les vaisseaux fémoraux.

Je mentionnerai aussi, comme cause de la tumeur qui nous occupe, le psoïtis ou inflammation du psoas, déterminée par la rupture de quelques-unes de ses fibres, par un coup porté en cet endroit.

Voilà donc deux siéges pour la tumeur : la gaîne dupsoas et le canal crural.

Symptômes. — Dans les deux cas, nous aurons une tumeur plus ou moins volumineuse, indolente à la pression, fluctuante, ordinairement circonscrite, sans changement de couleur à la peau ; la toux lui com-

munique une impulsion et la grossit. Si on la comprime, elle s'affaisse, et en enfonçant la main dans la fosse iliaque, on sent le liquide y remonter; cette compression, cette réduction produit souvent des douleurs à l'endroit d'où provient le pus. Si l'on cesse de la comprimer, elle reparaît; le décubitus dorsal n'a que peu d'influence sur elle.

La percussion donne toujours un son mat.

Quand le pus est dans la gaîne du psoas, la tumeur est plus profonde et soulève l'artère fémorale, dont les battements deviennent tout à fait superficiels. Ici la tumeur est dirigée de l'éminence iléo-pectinée en dehors des vaisseaux fémoraux, vers le petit trochanter, où elle se termine; l'extension de la cuisse est douloureuse, même impossible, le pied porté dans la rotation en dehors.

Si c'est dans le canal crural que siége la tumeur, elle pourra descendre plus ou moins bas dans la gaîne des vaisseaux; on l'a vue arriver jusqu'à la partie inférieure et interne de la cuisse.

L'artère entourée de toutes parts par cette tumeur liquide, lui communiquera une impulsion dans tous les sens, qui ressemblera bien aux mouvements d'extension d'un anévrysme.

Ce qui caractérise encore l'abcès par congestion, ce sont les symptômes graves que le malade aura présentés et présentera du côté des organes qu'occupe la maladie primitive. Ainsi, le pus vient-il d'une carie des vertèbres, ce qui est le cas de beaucoup le plus fréquent, il y aura eu, six mois, douze mois avant l'apparition de la tumeur, une douleur sourde, continue, dans un point de la colonne vertébrale. En examinant celle-ci, on découvrira souvent une incurvation, une saillie anguleuse de quelques apophyses épineuses; le malade pourra avoir des symptômes de paralysie du côté des membres inférieurs, du rectum et de la vessie, résultant de la compression de la moelle par les vertèbres déviées; mais elle peut encore être produite par des tubercules dans le canal vertébral, comme j'en ai vu un exemple dans le service de M. Blandin.

Le pus vient-il du rein, nous aurons les symptômes d'une néphrite

violente, tels que des graviers, du sang, du mucus, du pus dans les urines : du poumon, il y aura eu des accidents graves du côté de la respiration, etc.

De plus, ces différentes affections auront toujours porté une atteinte grave, profonde, à la santé du sujet, qui aura été souvent pris de diarrhée, de frissons alternant avec des bouffées de chaleur.

Diagnostic différentiel. — Comme l'entérocèle, l'abcès par congestion est réductible par la pression; comme elle aussi, il augmente par la toux; mais l'entérocèle est parfois sonore à la percussion; d'autres fois, elle est molle, pâteuse, l'abcès est toujours mat et fluctuant. L'entérocèle rentre avec gargouillement, l'abcès ne donne rien de semblable; l'entérocèle ne ressort pas si le malade est couché, l'abcès ressort, au contraire, lentement, il est vrai.

Je ne vois pas les analogies qui peuvent exister entre la hernie de vessie et la maladie actuelle, si ce n'est la réductibilité et la fluctuation. Mais dans la hernie de la vessie, quand la tumeur est réduite, elle ne reparaît que quand le malade n'a pas uriné depuis longtemps.

Je ne vois, au contraire, que les commémoratifs pour distinguer l'abcès par congestion d'un sac herniaire vide d'intestin et rempli de sérosité.

Abcès et anévrysme vrai. Tous deux se tendent par la toux; mais il faut pour cela que l'anévrysme ait un lobe dans l'intérieur de l'abdomen; du reste, c'est de ce cas seulement qu'il s'agit ici; car, s'il était borné à la fémorale, et qu'il ne remonte pas jusque sous l'arcade, il ne pourrait plus simuler un abcès par congestion. Tous deux sont également réductibles par la pression; mais l'anévrysme reparaît subitement, et acquiert aussitôt son premier volume dès qu'on cesse de le comprimer; l'abcès, au contraire, remonte lentement : les battements ici ne caractérisent pas suffisamment l'anévrysme, car nous avons reconnu leur existence dans le cas où la tumeur occupe la gaîne du psoas. Il est vrai qu'il n'y a pas alors de mouvements d'ex-

pansion, de dilatation, suivis de mouvements d'affaissement. Mais ces mouvements existent quand le pus est dans la gaîne des vaisseaux fémoraux : alors on aura la compression de l'artère pour toute ressource; si on la pratique au-dessous du mal, la tumeur ne grossira pas, ne deviendra pas plus tendue dans l'abcès par congestion comme dans l'anévrysme. Il est bon, quand on recourt à ce moyen, de faire coucher le malade, car cette seule position suffit quelquefois pour faire diminuer l'abcès par congestion.

Je rapprocherai de ce dernier la tumeur formée par l'hydropisie de la bourse synoviale du psoas coexistant avec l'hydarthrose de l'articulation coxo-fémorale, coexistence facile à expliquer par les notions anatomiques que nous avons exposées plus haut; M. Blandin rapporte un cas de ce genre dans son *Anatomie chirurgicale.*

ABCÈS.

Les abcès chauds ont à l'aine les mêmes signes que partout ailleurs; du reste, ils ne diffèrent guère d'un ganglion enflammé. J'ai déjà parlé des erreurs auxquelles ils peuvent donner lieu; je dirai seulement ici que les abcès par congestion peuvent s'enflammer quelquefois, et présenter les caractères de ces derniers (A. Bérard).

Lorsqu'un abcès froid a été précédé d'un engorgement du tissu cellulaire, il ne peut être confondu avec l'abcès par congestion; mais s'il est d'abord fluctuant, la confusion peut avoir lieu, puisque je trouve dans Boyer qu'il ne les distingua l'un de l'autre que par cette circonstance, que l'un avait été précédé de douleurs dans le dos, et l'autre non.

La science possède aussi des exemples nombreux de méprises entre un abcès et une hernie.

VARICES DES VEINES DE L'AINE.

Ces varices sont plus fréquentes chez la femme que chez l'homme;

l'état de gestation s'en complique fréquemment comme tout état morbide, du reste, qui enraye la circulation veineuse dans le membre abdominal. J'en dirai autant des états qui obligent à rester debout, exposé à la chaleur : l'état de cuisinier, par exemple.

A son embouchure dans la veine fémorale, les parois de la saphène ne sont pas fortifiées par le feuillet celluleux du fascia superficialis, circonstance qui rend compte de sa dilatation variqueuse, plus fréquente en ce lieu que le long de la cuisse.

Symptômes. — La varice de la saphène se présente sous la forme d'une tumeur indolente, molle, fluctuante, au-dessus de laquelle la peau est bleuâtre. La pression la fait disparaître, et avec elle la couleur de la peau. Il en est de même du séjour au lit et de la compression de la veine au-dessous : la station, l'exposition à la chaleur, augmentent, au contraire, son volume et foncent la couleur de la peau. La toux lui communique une impulsion. La percussion donne un son mat.

Si, après avoir fait disparaître la tumeur par une pression exercée de bas en haut, on tient le doigt fortement appliqué sur la partie supérieure du canal crural, plus haut que la varice, elle revient, et a bientôt repris son volume primitif (Sanson). Enfin, si on y applique une main, et si, avec un doigt de l'autre, on vient à percuter la veine au-dessous, même à la partie inférieure de la cuisse, la main perçoit un choc qui vient la heurter.

Il existe presque constamment aussi des varices sur d'autres points de son trajet. Cette circonstance seule fit reconnaître à J.-L. Petit une varice de la saphène qui avait été prise pour une hernie, et soumise à la pression d'un bandage.

Diagnostic différentiel.— Je ne pense pas que l'on puisse commettre une méprise semblable à cette dernière, si l'on veut apporter la moindre attention à l'examen de la tumeur. En effet, dans la hernie, la couleur de la peau est normale ; la tumeur a des connexions intimes avec l'arcade crurale, tandis que la varice de la saphène est placée plus

bas ; la hernie n'est jamais fluctuante, et elle s'accompagne de troubles dans les fonctions digestives.

Puis, comme signe distinctif, je citerai l'augmentation de volume par la pression sous l'arcade : ce dernier signe et la couleur de la peau suffisent aussi pour la distinguer de l'anévrysme.

La varice rentre quelquefois en faisant entendre un bruit de gargouillement, ce qui lui donnerait un point de ressemblance avec l'entérocèle (Marjolin, leçons orales).

Des varices multiples en zigzag, appartenant aux veines tégumenteuses de l'abdomen et de la cuisse, furent prises pour une épiplocèle.

L'abcès par congestion, un sac herniaire rempli de sérosité, et la varice de la saphène, ont pour signes communs la fluctuation, l'impulsion par la toux et la réductibilité.

Mais il n'y a que la varice qui présente une coloration anormale de la peau, il n'y a qu'elle non plus qui augmente par la compression au-dessous de l'arcade, ou qui s'affaisse quand on arrête le sang dans la veine au-dessous de la tumeur.

Nous avons supposé jusqu'ici une dilatation uniforme de la saphène, sans hypertrophie de ses parois, et ne contenant que du sang liquide. Mais ces parois peuvent s'épaissir, s'indurer, devenir fibro-cartilagineuses ; une inflammation adhésive peut s'en emparer, et alors il se formera des caillots qui se concréteront ; le tissu cellulaire ambiant prendra une densité plus grande qu'à l'état normal, d'où résultera une connexion plus intime du vaisseau avec les téguments. Cet état de la varice sera bien différent de celui précédemment étudié. En effet, la tumeur qu'elle formera sera dure, douloureuse parfois à la pression, à peine ou nullement réductible, de couleur bistre, brunâtre.

La compression de la veine au-dessus ou au-dessous ne la fera changer qu'insensiblement de volume, et d'autant moins que l'espace occupé par le sang liquide sera plus petit. On y rencontrera des bosselures, quand la dilatation des parois aura porté plus particulière-

ment sur certains points que sur certains autres; quelques unes de ces bosselures pourront renfermer encore du sang fluide et présenter de la fluctuation.

Diagnostic différentiel. — Un anévrysme faux, ne présentant plus de battements, plus de bruit de souffle, offrant cet aspect bosselé que nous lui avons reconnu dans certains cas, présentera absolument les mêmes caractères locaux que la varice ; et l'existence antérieure d'une varice molle ou d'un anévrysme pourra seule tirer le chirurgien d'embarras.

Du reste, cette varice peut recevoir des battements de l'artère fémorale restée saine, et faire croire encore à l'existence d'un anévrysme rempli de caillots dans une partie de son étendue. Et je le répète, il n'est pas toujours facile de distinguer ces simples mouvements de projection de ceux d'expansion d'un anévrysme, ici encore le meilleur signe est celui de la compression de l'artère.

Qui n'entrevoit l'analogie que peut offrir cette varice enflammée avec une tumeur encéphaloïde ramollie dans certains points et adhérente à la peau ? Y aura-t-il ici autre chose encore que les commémoratifs pour nous tirer d'embarras? Les deux tumeurs sont fluctuantes, adhérentes à la peau dans certains points, dures dans certains autres; et sans les circonstances antécédentes, on peut prendre le change bien certainement, comme le prouve le fait suivant, que j'ai entendu raconter à M. Nélaton, à l'hôpital des Cliniques :

Un abbé portait à la région sous-claviculaire une tumeur grosse comme le poing, bosselée, dure dans une partie de son étendue, fluctuante dans l'autre, douloureuse et adhérente à la peau. Plusieurs chirurgiens distingués la regardaient comme une tumeur encéphaloïde, et voulaient en pratiquer l'ablation le plus tôt possible. M. Nélaton, à qui le malade fut envoyé, recourut aux commémoratifs, et apprit qu'à l'endroit de la tumeur, il existait depuis longtemps un paquet de varices qui disparaissaient par la pression, offraient une teinte bleue de la peau, etc. Dès lors il fut fixé sur la véritable nature

de la maladie, qui disparut en un temps assez court sous l'influence de cataplasmes résolutifs. Ce chirurgien ajoutait qu'on ne faisait pas assez attention à cet état inflammatoire des varices, qui est plus commun qu'on le pense généralement.

Je crois que cette observation peut très-bien être rapportée ici à l'occasion des varices de l'aine, qui sont beaucoup plus fréquentes que celles de la région thoracique, et peuvent, par conséquent, donner lieu à de plus fréquentes méprises de ce genre; et puis elle nous montre toute l'importance qu'il y a à se reporter jusqu'à l'origine de la maladie, pour la suivre dans toutes ses différentes périodes.

LUXATION EN HAUT ET EN AVANT DU FÉMUR.

Dans cette espèce de luxation, la tête du fémur vient former à l'aine une tumeur ronde, de consistance osseuse, soulevant et rejetant les vaisseaux fémoraux en dedans : ces vaisseaux sont quelquefois aplatis, ce qui peut être manifeste assez souvent pour l'artère. Ajoutez à cela un raccourcissement du membre de plus d'un pouce, sa rotation et son écartement en dehors, et l'impossibilité de le ramener en dedans; la position du grand trochanter, qui se trouve sur la même ligne verticale que l'épine iliaque antéro-supérieure; enfin, l'aplatissement de la fesse.

KYSTES.

Nous avons vu, à l'article *Hernie*, que l'épiploon peut se charger d'hydatides, le sac s'oblitérer et contenir de la sérosité tout en contractant des adhérences qui le fixent en dehors; dans ces deux cas, il y a formation de kystes tout à fait semblables à ceux qui se développent dans le tissu cellulaire extérieur au sac. Comment alors distinguer ces kystes d'une hernie?

Ils seront irréductibles et mobiles, ils pourront ne pas se prolonger

dans l'anneau, il n'y aura pas de signes fonctionnels. On pourra y sentir de la fluctuation, y apercevoir de la transparence (Dupuytren).

Mais tout cela peut manquer, car le kyste peut se remplir de fausses membranes, s'épaissir, et sa cavité disparaître. Alors plus de transparence, plus de fluctuation; il peut y avoir immobilité et connexion intime avec l'arcade, comme le prouve le fait suivant :

Sur le cadavre d'une femme, on trouva une tumeur globuleuse du volume d'une petite noix, d'une élasticité remarquable, placée immédiatement au-dessous du bord inférieur du ligament de Fallope, ressemblant aux hernies marronnées, mais ne rentrant point par la pression. On crut que c'était une hernie crurale irréductible, mais c'était tout simplement une hydatide adhérente au ligament de Fallope. (*Archives gén. de méd.*, t. 19, p. 581.)

LOUPES.

Une loupe graisseuse peut être prise pour une hernie épiploïque irréductible et même pour une entérocèle, s'il y a coïncidence de troubles fonctionnels du côté des organes digestifs. Cette tumeur peut même recevoir une impulsion par la toux, si l'anneau ou l'ouverture supérieure du canal crural est large (Marjolin).

Il faudra voir alors si elle est mobile, et si elle ne s'engage pas sous l'arcade; mais nous avons vu qu'une hernie peut être assez mobile pour ne pas paraître s'y engager.

Les kystes dont nous avons parlé tout à l'heure peuvent renfermer des masses osseuses, et faire croire à l'existence d'une hernie de vessie avec calculs (Macilvain).

Autres exemples de tumeur de l'aine.

Un individu portait à l'aine deux tumeurs, une de chaque côté;

elles disparaissaient par la position horizontale pour reparaître pendant la station : on les prit pendant six ans pour des hernies. L'autopsie montra que les vaisseaux lymphatiques étaient tellement dilatés, qu'ils formaient des poches du volume d'une noix, remplies de pus (Amussat);

Une hernie du premier adducteur à travers le fascia lata, survenu brusquement dans un effort pour porter un fardeau sur le ventre, fut prise pour une hernie réductible intestinale, dont elle avait tous les caractères;

Une autre fois pour un kyste (Velpeau).

M. Blandin nous a fait voir à ses leçons cliniques un cas curieux d'anatomie pathologique. Le malade était mort d'une carie des vertèbres, qui avait donné lieu à un abcès par congestion. Le pus avait fusé dans la gaîne des vaisseaux fémoraux, et en avait déterminé l'ossification dans la longueur d'environ 1 pouce à 1 pouce et demi. Il en résultait un cylindre osseux, adhérent à l'éminence iléo-pectinée par un tissu fibreux assez dense, et dans lequel passaient les vaisseaux fémoraux.

Si le malade se fût guéri de son abcès par congestion, ce cylindre n'aurait certainement pas fait saillie à l'extérieur, mais on aurait pu sentir sous la peau une tumeur dans le diagnostic de laquelle on aurait été fort embarrassé. On peut en trouver l'observation plus détaillée dans la thèse de mon ami Monnot (Thèses de Paris, 1846), qui l'a recueillie en même temps que moi.

La région inguinale est encore le siége d'abcès occasionnés par la présence de corps étrangers de toute espèce introduits dans le tube intestinal, qu'ils ont traversé pour venir se frayer une issue à l'extérieur; on y rencontre encore quelquefois des abcès urineux.

Je dois ajouter ici qu'il peut se rencontrer deux tumeurs de nature différente, dont l'existence bien constatée de l'une fera passer l'autre inaperçue. Ainsi, comme nous l'avons déjà vu, un ganglion enflammé peut exister en même temps qu'une hernie étranglée placée derrière lui. On constate l'existence du bubon; et si les symptômes de l'étran-

glement sont peu prononcés, on ne manque pas de les lui attribuer : pendant ce temps la hernie se gangrène.

Un abcès peut se former entre la peau et la poche d'un anévrysme, comme M. Delpech en rapporte un exemple.

Une hernie de vessie entraîne souvent l'intestin après elle ; en un mot, toutes les tumeurs que nous venons d'étudier peuvent exister deux à deux, et même plusieurs à la fois, à la région inguinale, d'où surgissent des difficultés parfois insurmontables dans le diagnostic.

QUESTIONS

SUR

LES DIVERSES BRANCHES DES SCIENCES MÉDICALES.

Physique. — Des effets de la pile sur l'économie animale par commotions ou par des courants.

Chimie. — Du sous-acétate de plomb.

Pharmacie. — Des rapports et des différences qui existent entre les eaux minérales naturelles et les eaux minérales factices.

Histoire naturelle. — Caractères de la famille des rhamnées.

Anatomie. — Des vaisseaux artériels qui se distribuent aux diverses portions du canal digestif.

Physiologie. — Des fonctions du nerf facial.

Pathologie externe. — Des différents moyens proposés pour obtenir la réduction des hernies récentes et des hernies anciennes.

Pathologie interne. — Du diagnostic différentiel des hémorrhagies qui se font par la bouche.

Pathologie générale. — Des signes fournis par les matières expectorées dans les maladies.

Anatomie pathologique. — Du ramollissement gélatiniforme de l'estomac et des intestins.

Accouchements. — De la grossesse extra-utérine.

Thérapeutique. — Dans quelles maladies doit-on administrer les eaux minérales sulfureuses à l'intérieur et à l'extérieur?

Médecine opératoire. — De l'opération de l'hydrocèle.

Médecine légale. — De la détermination des âges en général.

Hygiène. — Des tempéraments considérés dans leur rapport avec la santé.